


N° 10012*01

COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES HANDICAPÉES

# CERTIFICAT MÉDICAL

*Décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993*

*Cachet de la CDA*

***Veuillez cocher les cases correspondant à vos réponses***

***Ce certificat, remis au demandeur sous pli fermé confidentiel et à n'ouvrir que par un médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, sera joint à l'ensemble du dossier destiné à la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées qui étudiera la demande présentée.***

A ○ **Demande d'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé**
*Article 6 de la loi 75-534 du 30 juin 1975. Décret 75-1166 du 15 décembre 1975.*

B ○ **Demande de carte**
*Article 173 du C.F.A.S.*

C ○ **Demande de Prestation de Compensation (PC)**
*Arrêté du 30 juillet 1979.*

D ○ **Demande d'Orientation, Scolarisation, Formation**
*Articles 4 et 6 de la loi 75-534 du 30 juin 1975. Décret 75-1166 du 15 décembre 1975.*

***L'enfant pour lequel la demande est présentée***

Nom

Prénom

Sexe F ☐ M ☐ Date de naissance ☐

Lieu de naissance

Classe suivie

S'il s'agit d'une classe spécialisée, préciser laquelle

Nom et adresse de l'établissement scolaire fréquenté

***Le demandeur responsable de l'enfant***

Nom

Prénom

Parenté avec l'enfant

Adresse

Code postal ☐

Commune

Caisse d'allocations familiales

N° d'allocations familiales

*Mon cher confrère,*

*En application du guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, je vous serais obligé(e) de bien vouloir remettre à votre patient* ***sous pli confidentiel ce certificat médical,*** *pour qu'il le joigne à son dossier de demande.*

*Le nouveau guide-barème s'appuie sur les concepts de l'Organisation Mondiale de la Santé* ***(déficience - incapacité - désavantage).***

- *Une* ***déficience*** *correspond à une atteinte des organes et des fonctions.*
- *Une* ***incapacité*** *caractérise la limitation des capacités dans les gestes et actes élémentaires de la vie quotidienne.*
- *Le* ***désavantage social*** *qui en résulte caractérise la limite ou l'interdit dans l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels.*

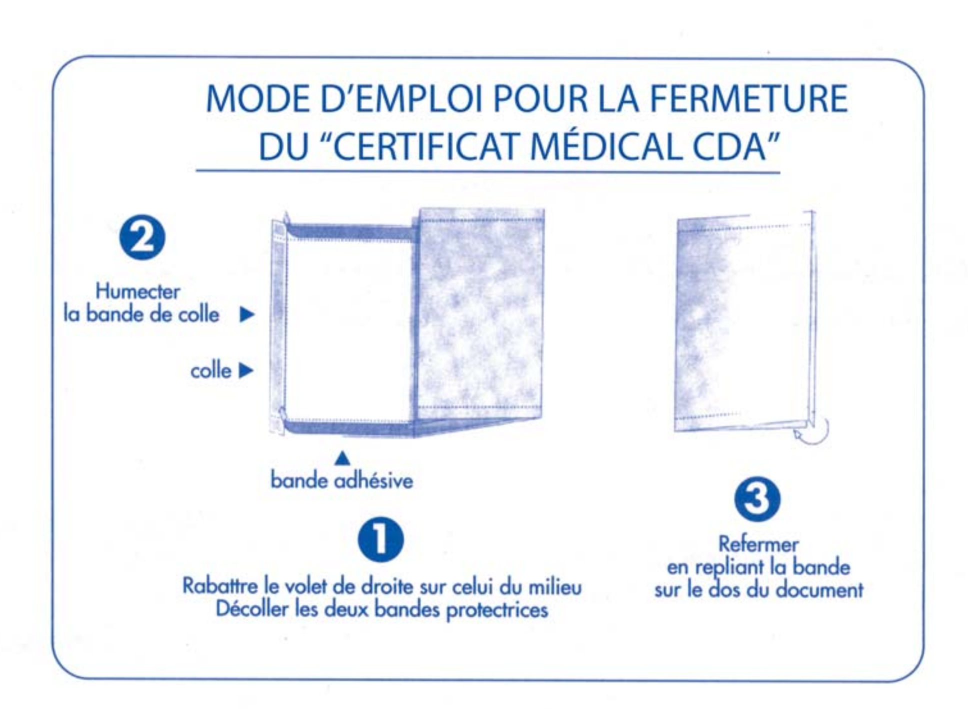
*Ce barème fixe les divers taux d'incapacité,* ***d'après l'importance de la déficience,*** *celle-ci étant appréciée par ses répercussions sur les capacités fonctionnelles, ainsi que l'autonomie dans la vie quotidienne.*

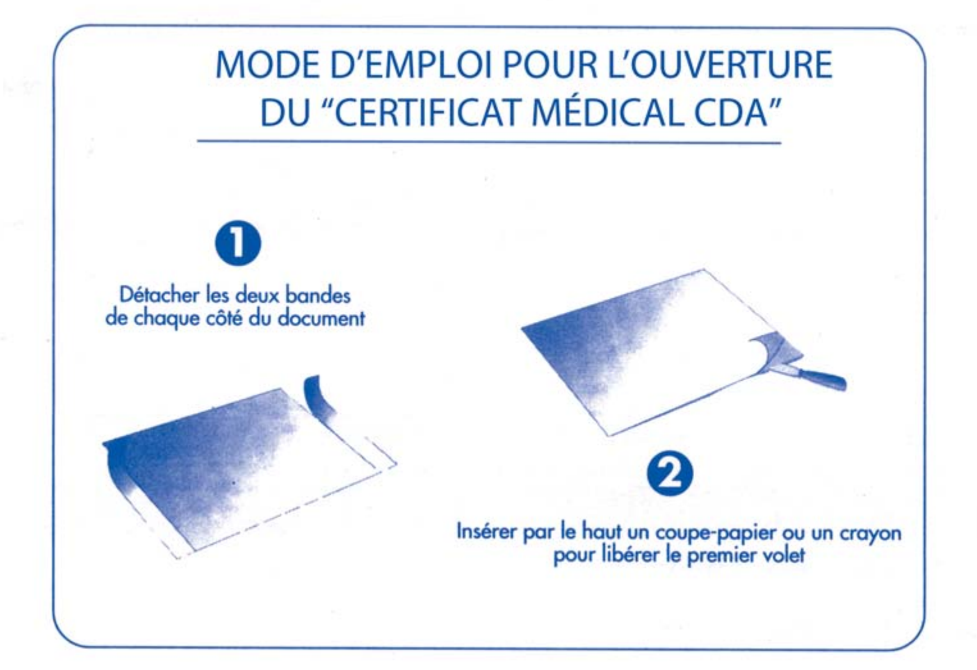
*Pour permettre aux médecins de l'équipe technique d'effectuer une étude du dossier dans les délais les plus courts et de proposer à la CDA un taux d'incapacité équitable, veuillez avoir l'obligeance de* ***compléter les rubriques concernant votre patient et joindre les documents complémentaires.***

*Je me permets de vous rappeler que l'équipe technique, l'ensemble des services et les membres de la commission de la CDA sont astreints au secret médical (article 378 du Code Pénal).*

*Le médecin de l'équipe technique de la CDA*

*PS : Le médecin de la CDA est à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.*


MODE D'EMPLOI POUR LA FERMETURE
DU "CERTIFICAT MÉDICAL CDA"
2
Humecter
la bande de colle
colle
bande adhésive
1
Rabattre le volet de droite sur celui du milieu
Décoller les deux bandes protectrices
3
Refermer
en repliant la bande
sur le dos du document


MODE D'EMPLOI POUR L'OUVERTURE
DU "CERTIFICAT MÉDICAL CDA"
1
Détacher les deux bandes
de chaque côté du document
2
Insérer par le haut un coupe-papier ou un crayon
pour libérer le premier volet

## Nature des soins ▪ Contraintes ▪ Tolérance

| | Nature des soins | Fréquence et lieu des interventions |
|---|---|---|
| **•Traitement médicamenteux** | | |
| **•Traitement chirurgical** | | |
| **•Greffe •Transplantation** | | |
| **•Soins psychothérapeutiques** | | |
| **•Rééducations** | | |
| **•Autres prises en charge** | | |

## Retentissement des difficultés de l'enfant et des contraintes thérapeutiques sur la vie familiale

## Autonomie

| ***L'autonomie sera évaluée par rapport à celle d'un enfant du même âge, non déficient*** | Normalement ou seul | Difficilement *ou* avec une aide | Impossible *ou* avec une aide totale | Inappréciable compte tenu de l'âge |
|---|---|---|---|---|
| **L'enfant est capable de :** | | | | |
| 1 . se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux | | | | |
| 2 . communiquer oralement | | | | |
| 3 . se comporter de façon logique et sensée | | | | |
| 4 . se lever/se coucher ou passer du lit au fauteuil/fauteuil au lit | | | | |
| 5 . se déplacer à l'intérieur : marche ou fauteuil roulant | | | | |
| 6 . se déplacer à l'extérieur | | | | |
| 7 . utiliser les transports en commun non spécialisés | | | | |
| 8 . boire et manger | | | | |
| 9 . s'habiller et se déshabiller | | | | |
| 10 . faire sa toilette | | | | |
| 11 . contrôler l'excrétion urinaire | | | | |
| 12 . contrôler l'excrétion fécale | | | | |

## *Certificat médical établi par le Docteur :*

***Coordonnées*** ***ou*** ***Cachet***

Docteur

Spécialité

Adresse

Téléphone

***Date***

***Signature***

## Déficiences de la fonction respiratoire

*Joindre les résultats des examens complémentaires dont Epreuves Fonctionnelles Respiratoires (EFR)*

- Signes fonctionnels

- Moyens d'assistance respiratoire
  oxygénothérapie : ☐ Continue ☐ Discontinue

  assistance respiratoire
- Trachéostomie : ☐ Non ☐ Oui
- Autres :

## Déficiences de la fonction ou de la sphère digestive

*Joindre les résultats des examens complémentaires*

- Troubles de la prise alimentaire • Troubles du transit • Troubles sphinctériens • Iléostomie...

- Régime ou mode d'alimentation particulier ☐ Non ☐ Oui Lequel ?

## Déficiences de la fonction rénale ou génito-urinaire

*Joindre les résultats des examens complémentaires*

- Fonction rénale

  Dialyse : ☐ Non ☐ Oui Fréquence hebdomadaire

- Fonction urinaire
  Rétention • Incontinence diurne et/ou nocturne • Sonde • Couches...

## Déficiences endocriniennes, métaboliques, enzymatiques

*Joindre les résultats des examens complémentaires*

## Déficiences du système immunitaire et hématopoïétique

*Joindre les résultats des examens complémentaires*

## Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur

*Joindre les résultats des examens complémentaires*

- Type de déficience : paralysie - ankylose - amputation - incoordination - déformations orthopédiques

- Troubles du tonus • Mouvements anormaux • Troubles de l'équilibre...

- Troubles sensitifs associés : ☐ Non ☐ Oui

- Localisation : membres - tête - tronc...

- Appareillage : Tolérance :
- Station debout pénible : ☐ Non ☐ Oui Fauteuil roulant : ☐ Non ☐ Oui

## Déficiences esthétiques : séquelles de brûlure ou cicatrice ayant un retentissement sur la vie sociale et de la relation

- Type • Localisation

**Diagnostic principal** motivant la présente demande :

**Croissance :** Taille ☐ Poids ☐

**Renseignements périnataux :** Poids de naissance ☐ Age gestationnel ☐ Gémellité ☐

**Antécédents périnataux** (réanimation ...)

**Antécédents médicaux et chirurgicaux**

## Déficiences

**Déficiences psychiques et/ou intellectuelles**

- Troubles de l'identité et de l'image du corps
- Troubles psychomoteurs
- Perturbations du langage oral et/ou écrit portant sur la compréhension et/ou l'expression et entravant la communication
- Difficultés relationnelles et de comportement à apprécier en particulier dans les situations de jeux et d'apprentissages
- Existence d'une déficience intellectuelle - Résultat du bilan psychométrique éventuellement pratiqué

*Préciser la nature des tests utilisés*

**Déficiences liées à l'épilepsie** ***Joindre** le compte rendu du dernier EEG*

Type Fréquence des crises

**Déficiences de l'audition** ***Joindre** un audiogramme oreille droite/oreille gauche sans appareillage*

**Déficiences du langage de la parole et de l'écrit** ***Joindre** un compte rendu d'orthophonie et, s il y a lieu, un bilan neuropédiatrique*

- Dysphasie - Dyslexie - Dysorthographie - Dyscalculie - Dysarthrie - Dysgraphie ...

- Mode de communication habituel de l'enfant : ☐ verbal ☐ autre *(préciser ci-dessous) :*

**Déficiences de la vision**

- Acuité visuelle bilatérale corrigée de loin/de près
- Champ visuel binoculaire (si utile)

Cécité : ☐ unilatérale ☐ bilatérale Baisse de l'acuité visuelle : ☐ unilatérale ☐ bilatérale

Déficience de l'oculomotricité : ☐ Non ☐ Oui Autres ☐

Une amélioration est-elle possible? ☐ Non ☐ Oui

**Déficiences de la fonction cardiovasculaire** ***Joindre** les résultats des examens complémentaires*

- Signes fonctionnels

- Degré d'insuffisance cardiaque
- Tension artérielle ☐ / ☐